

Anamnesebogen

Angaben zum Kind

Name, Vorname

Anschrift:

.....

Geburtsdatum: Alter Geburtsort :

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Gesetzlicher Vertreter: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater

☐

Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten liegt vor: ☐ ja ☐ nein ☐

Krankenversicherung: ☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert

versichert über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Selbstversichert

Name der Versicherung und Versicherungsnummer des Hauptversicherten:

.....

.....

Terminabsprachen: per sms: ☐ ja ☐ nein per E-Mail: ☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift des

Kinder-/ Hausarzt:

Angaben zur Familie

Bezugspersonen

	Mutter	Vater	weitere Bezugs- person	weitere Bezugs- person
Name				
Geburtsdatum				
Alter				
Anschrift (wenn vom Kind abweichend)				
Telefonnummer				
Ehe / Lebensgemeinschaft besteht seit				
Trennung / Scheidung am				
Schulabschluss				
derzeitige Tätigkeit				

Wochenarbeitszeit				
Chron. körperliche und/oder psychische Erkrankungen				
Wie viele Kinder haben Sie?				

Geschwister

Name	geboren	besucht zur Zeit Kindergarten /Schule/Ausbildung (Klasse)	Erkrankungen/Todesfälle
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Wohnsituation

Mit welchen Personen **lebt ihr Kind zusammen**?

.....

Wo leben Sie als Familie?: ☐ Eigenheim ☐-Raumwohnung ☐

Hat ihr Kind ein **eigenes Zimmer**? ☐ ja ☐ nein

Gab es **Umzüge** in der Vergangenheit? ☐ ja ☐ nein

Wann? / Wohin?

.....

Großeltern

	Großmutter (mütterlich)	Großvater (mütterlich)	Großmutter (väterlich)	Großvater (väterlich)
Alter				
Wohnort				
berufstätig?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wie häufig sehen Sie sich?				
Wie würden Sie das familiäre Verhältnis beschreiben?				

Entwicklung des Problemverhaltens

Vorstellungsanlass (aktuelle Probleme und Schwierigkeiten)

.....
.....
.....

Wo und wie häufig zeigt sich das Problemverhalten?

Familie ☐

Freizeit ☐

Freunde ☐

Schule ☐

.....
.....
.....

Wann ist das beschriebene **Verhalten erstmals** aufgetreten?

Gab es **besondere Ereignisse**, die mit dem Erstauftreten des Problems zusammenfielen?

.....
.....

Was haben Sie bisher unternommen, um das Problem zu bewältigen?

.....
.....

Vorbehandlungen

Welche ambulanten Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen?

Behandlung	Bei wem?	Wann?
☐ Ergotherapie/		
☐ Physiotherapie		
☐ Logopädie		
☐ Frühförderung		
☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
☐ Erziehungsberatungsstelle		
☐ Schulpsychologie		
☐ Psychotherapie		
☐ Kinder- und Jugendpsychiater		
☐ Andere:		

Gab es **stationäre Vorbehandlungen**? ☐ nein ☐ ja, (Wann? Wo? Diagnose?)

.....
.....

Wurden mit Ihrem Kind bereits **psychologische Tests** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Würden Sie zustimmen, dass die **Unterlagen angefordert** werden? ☐ ja ☐ nein

Hat ihr Kind **körperliche Vorerkrankungen**?

☐ ja ☐ nein

.....
.....

Aktuelle Größe und Gewicht cmkg

Nimmt ihr Kind derzeit **Medikamente** ein?

☐ ja ☐ nein

Präparat: Dosierung: Seit wann:

Präparat: Dosierung: Seit wann:

Präparat: Dosierung: Seit wann:

Entwicklung des Kindes / Jugendlichen

Schwangerschaft

Die Schwangerschaft war: ☐ geplant ☐ ungeplant

Wie haben sie die **Schwangerschaft erlebt**?

Wie **verlief die Schwangerschaft**? ☐ normal ☐ körperliche Beschwerden ☐ seelische Belastungen

.....
.....

Haben Sie **während der Schwangerschaft**:

☐ Medikamente eingenommen (Welche/Wie oft?)

☐ geraucht (..... Zigaretten / Tag)

☐ Alkohol konsumiert (..... Tag / Woche)

☐ Drogen konsumiert (Welche/ Wie oft?)

Der **wievielten Schwangerschaft** entstammt das Kind?

Gab es **vorher**: ☐ Fehlgeburten ☐ Totgeburten ☐ Schwangerschaftsabbrüche

Wenn ja, wann:

Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt:..... Jahre

Alter des Vaters bei der Geburt: Jahre

Wie **verlief die Geburt**? ☐ normal ☐ Frühgeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglockengeburt

☐ andere

Wie haben sie die **Geburt erlebt**?

Haben Sie sich als **Mutter nach der Geburt** besonders belastet gefühlt?

- ☐ Babyblues (ungefähre Dauer von Wochen)
- ☐ Depression (ungefähre Dauer von Monaten)
- ☐ andere psychische Erkrankungen / Belastungen:

Bestanden bei ihrem Kind **Auffälligkeiten nach der Geburt**? ☐ nein ☐ ja,

.....

.....

Frühkindliche Entwicklung

Bestanden bei Ihrem Kind **Auffälligkeiten im Säuglingsalter**: ☐ nein ☐ ja:

- ☐ exzessives Schreien ☐ Ein- / Durchschlafstörungen ☐ Fütter-/Gedeihstörung
- ☐ schwer zu beruhigen ☐ leicht irritierbar ☐ Körperkontakt abweisend
- ☐ Blickkontakt vermeidend ☐ andere:

Haben sie ihr Kind **gestillt**? Hat ihr Kind am **Daumen gelutscht**? ☐ ja ☐ nein

☐ nein ☐ ja, bis..... Wochen/ Monate Hat ihr Kind einen **Schnuller** genutzt? ☐ ja ☐ nein

Wann hat ihr Kind folgende **Meilensteine** erreicht?

Motorik	Monat/ Jahr	Sauberkeitsentwicklung	Monat/Jahr	Sprache	Monat/ Jahr
Krabbeln		ohne Windel am Tag		Erste Worte	
Freies Laufen		ohne Windel in der Nacht		Erste Sätze	

Wann haben Sie mit der **Sauberkeitserziehung** begonnen?

Gab es in einem der oben genannten Bereiche **Auffälligkeiten** oder **Fördermaßnahmen**?

☐ nein ☐ ja:

.....

.....

Haben Sie eine starke **Trotzphase** bei Ihrem Kind beobachtet? ☐ ja ☐ nein, nicht übermäßig

Wie alt war Ihr Kind da und welches Verhalten hat es gezeigt)

.....

Haben Sie eine starke **Fremdelphase** bei Ihrem Kind beobachtet? ☐ ja ☐ nein, nicht übermäßig

Wie alt war Ihr Kind da und welches Verhalten hat es gezeigt)

.....

Wo **schläft** ihr Kind? ☐ im eigenen Bett ☐ im Bett der Eltern

Hat ihr Kind besondere **Schlafgewohnheiten**? ☐ ja ☐ nein

Bei wem ist ihr **Kind hauptsächlich aufgewachsen**?

Welche Personen haben sich am meisten um das Kind gekümmert?

Hatte Ihr Kind **Kinderkrankheiten, Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte**? ☐ ja ☐ nein

Wie alt war es da? Jahre

War ihr Kind **über längere Zeiten von Ihnen /wichtigen Bezugspersonen getrennt**? ☐ ja ☐ nein

Weshalb, wie lange und wie häufig?

Tagesbetreuung/Krippe/Kindergarten

Ist Ihr Kind in eine **Tagesbetreuung/Krippe** gegangen? ☐ ja ☐ nein

Wie **alt** war er/sie da? Monaten/ Jahren

Wie lang wurde er/sie betreut? ☐ halbtags ☐ ganztags

Gab es **Schwierigkeiten/Probleme**?

Name der Kita:

Ansprechpartner:

Wie lang wurde er/sie betreut? ☐ halbtags ☐ ganztags

Ging / geht ihr Kind ☐ gern ☐ ungern in der Kindergarten

Was spielt(e) ihr Kind im Kleinkindalter gern?

Hatte es **Freunde**? ☐ ja ☐ nein

Schule

Einschulung mit Jahren

Erfolgte eine **Rückstellung**? ☐ nein ☐ ja, weil

Gab es einen **Schulwechsel**? ☐ nein ☐ ja, weil

Wurde eine **Klasse wiederholt**? ☐ nein ☐ ja, die Klasse

Mein Kind hat sich: ☐ gefreut ☐ nicht gefreut in die Schule zu kommen?

Aktuelle Schule

Name:

Schulform: ☐ Grundschule ☐ Sekundarschule ☐ Gemeinschaftsschule
 ☐ Gymnasium ☐ Förderschule für

Ansprechpartner (Lehrer, Erzieher, Schulsozialarbeiter):
.....

Aktuelle Klasse:

Welche **Fächer** mag ihr Kind gern?

Welche **Fächer** mag ihr Kind nicht?

Wie schätzen Sie die **schulischen Leistungen** Ihres Kindes ein?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

In welchen **Fächern** zeigt er/sie **gute Leistungen**:

In welchen **Fächern** zeigt er/sie **ausreichende Leistungen**:

Welche **Einstellung** hat ihr Kind **zur Schule**:

Werden die **Hausaufgaben regelmäßig** erledigt? ☐ ja ☐ widerwillig ☐ nein

Wie lange braucht ihr Kind für die Hausaufgaben?

Wie arbeitet ihr Kind bei den Hausaufgaben? ☐ selbstständig ☐ braucht Hilfe
☐ abgelenkt ☐ verträumt ☐ muss sich häufig bewegen ☐ unordentlich ☐ gibt leicht auf
☐ mit häufigen Pausen ☐ braucht Druck ☐ lustlos

Wie verhält sich Ihr Kind vor Tests / Klassenarbeiten? ☐ zuversichtlich, ruhig

☐ übermäßig gelassen ☐ hat Kopf-/Bauchschmerzen ☐ erbricht
☐ Schlafstörungen ☐ ist sehr aufgeregt ☐ hat Angst
☐ verschwiegt Tests/Klassenarbeiten ☐ geht nicht in die Schule

Wie gut kommt ihr Kind mit **Mitschülern** aus? ☐ gut ☐ nicht so gut, er/sie hat viele Konflikte

Hat ihr Kind **Freunde** in der Klasse? ☐ ja ☐ nein

Wie gut kommt ihr Kind mit **Lehrern** zurecht? ☐ gut ☐ nicht so gut, er/sie hat viele Konflikte

Welche der folgenden **Verhaltensauffälligkeiten** machten Ihnen **während Kindergarten- und Grundschulzeit** Ihres Kindes Sorgen? Kreuzen Sie bitte an:

☐ Ängstlichkeit	☐ Bauchschmerzen	☐ Kopfschmerzen
☐ Wutausbrüche	☐ aggressives Verhalten	☐ Lügen
☐ Sprachstörung	☐ Hörstörungen	☐ Sehstörungen
☐ Unkonzentriertheit	☐ Zappeligkeit	☐ stehlen
☐ Einnässen	☐ Einkoten	☐ Tics
☐ Ungeschicklichkeit	☐ sexuell auffälliges Verhalten	☐ Gehemmtheit, Schüchternheit
☐ auffälliges Spielverhalten	☐ Kontaktstörung	☐ Trotz, Ungehorsam
☐ Probleme im Lesen, Schreiben und/ oder Rechnen	☐ Schule schwänzen	
☐ anderes:		

Hat ihr Sohn/ihre Tochter eine **berufliche Ausbildung / ein Studium**?

☐ nein ☐ ja, welche?

Wie kommt es mit **Kollegen und Vorgesetzten** zurecht? ☐ gut ☐ nicht so gut

Gibt es **Auffälligkeiten/Schwierigkeiten**? ☐ nein ☐ ja, welche?

.....

Soziales und Aktivitäten

Mein Kind hat: ☐ keine Freunde ☐ einen Freund/Freundin ☐ 2-3 Freunde ☐ mehr als 4 Freunde

Wie beschäftigt sich ihr Kind in seiner Freizeit?

☐ lieber allein ☐ lieber mir Erwachsenen ☐ trifft sich mit Gleichaltrigen

☐ lieber mit jüngeren Kindern/Jugendlichen ☐ lieber mit älteren Kindern / Jugendlichen

Hobbies

Besondere **Vorlieben, Interessen, Hobbies**

.....

Verein: **Wie oft pro Woche:**

Medienkonsum

	Stunden pro Tag
Fernseher	
PC, Spielekonsole	
Handy, Tablet	

Finden Sie, dass Ihr Kind **übermäßig viel Zeit mit den o.g. Medien** verbringt?

☐ nein ☐ ja ☐ und der Medienkonsum ist häufig Streitthema in unserer Familie

Schränkt ihr Kind andere Interessen/Aktivitäten aufgrund des Medienkonsums ein? ☐ ja ☐ nein

Findet Mediennutzung **gewalttätiger Inhalte** statt (z.B. Gewaltspiele)?

☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht

Familienanamnese

Wer kümmert sich aktuell vorwiegend um das Kind/den Jugendlichen?

.....
.....

Wie würden Sie die **Erziehungsstile von Mutter / Vater** beschreiben?

Mutter:

Vater:

Welche Art von **Belohnung / Bestrafung** haben Sie bisher erfolgreich angewendet?

.....
.....
.....

Erzählt ihr Kind Ihnen, wie es ihm geht?

☐ immer

☐ teilweise

☐ eher nicht

Was machen Sie gern mit Ihrem Kind zusammen?

Mutter:

Vater:

Finden **gemeinsame Mahlzeiten** statt?

☐ ja

☐ nein

Welche **Regeln** gibt es bei Ihnen in der Familie?

.....
.....
.....

Wie genau **achten Sie darauf, dass die Regeln eingehalten** werden?

☐ ich bin konsequent

☐ ich bin eher inkonsequent

☐ mal so mal so

.....

Familienbeziehungen

Wie würden Sie die verschiedenen **Familienbeziehungen** beschreiben?

Mutter – Kind	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
Vater – Kind	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
Mutter – Vater	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
Kind - Geschwister	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet

Was mögen Sie an Ihrem Kind? Was kann sie/ er besonders gut?

.....

.....

Welche **Gemeinsamkeiten** (Aussehen und Charaktereigenschaften) habe Sie mit Ihrem Kind?

Mutter:

Vater:

Wie würden Sie Ihr Kind aktuell einschätzen?

☐ ausgeglichen	☐ kontaktfreudig	☐ offen, ehrlich
☐ einfallsreich, hat viele Ideen	☐ spielt ausdauernd	☐ ehrgeizig, leistungsorientiert
☐ selbstständig, organisiert, ordentlich	☐ zurückhaltend/schüchtern	☐ ängstlich / übervorsichtig
☐ eigene Struktur/Ordnung ist ihr / ihm wichtig, kontrolliert oft	☐ dominant	☐ stur, jähzornig
☐ leicht reizbar	☐ impulsiv, wechselhaft	☐ kann nicht verlieren
☐ risikofreudig / draufgängerisch	☐ unselbstständig, chaotisch, unordentlich	☐ rachsüchtig
☐ diskutiert übermäßig	☐ schwindelt, lügt	☐ hat schon einmal etwas gestohlen
☐ trödelt, träumt	☐ macht Bewegungen/Geräusche	☐ wenig initiativ, lustlos
☐ starke Stimmungswechsel	☐ „nah am Wasser gebaut“, weint leicht	☐ zieht sich zurück
☐ verletzt sich selbst	☐ starkes Autonomiebedürfnis	☐ zweifelt an sich
☐ isst wenig	☐ isst viel	☐ schläft schlecht
☐ kaut Nägel	☐ dreht/reißt Haare	☐ nässt / kotet ein
☐ anderes		

Therapieziele

Wer möchte eine psychotherapeutische Behandlung und wie hoch schätzen Sie die **Therapiemotivation** ein?

	Therapiemotivation (1 = <i>gar nicht</i>10 = <i>sehr hoch</i>)
☐ Kind / Jugendliche/r	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ Mutter	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ Vater	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ andere	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 wichtige Ziele und Wünsche in der Therapie für Ihr Kind und Sie als Eltern

.....

.....

.....

Was denken Sie – wer oder was hindert Ihr Kind aktuell daran, die Ziele zu erreichen?

.....

.....

.....

Fällt Ihnen sonst noch etwas Wichtiges ein?